

令和 年 月 日

## 委 任 状

私は、下記の者を代理人と定め、障害者控除対象者認定申請に関する一切の権限を委任します。

委 任 者 美濃市 \_\_\_\_\_

(被保険者)

\_\_\_\_\_ 印

代筆者 (続柄) \_\_\_\_\_ ( )

受 任 者 \_\_\_\_\_

(代理人)

\_\_\_\_\_ 印

※代理人は、本人であることを証明するものを提示してください。